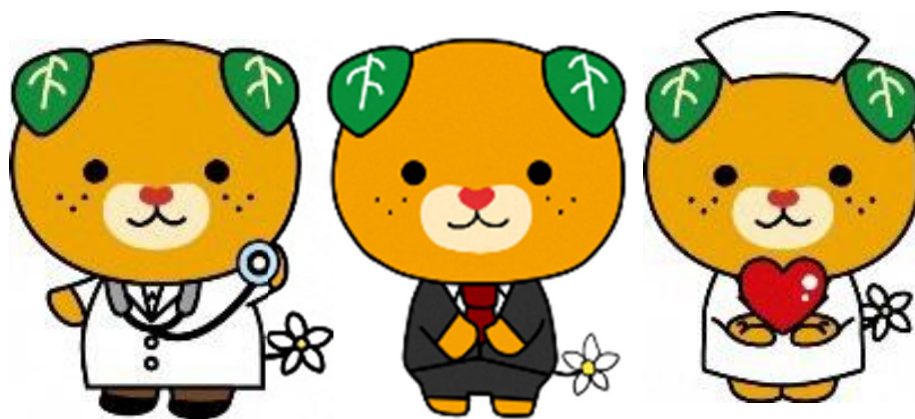


今治圏域 退院支援ルール



R8年2月
今治保健所

目次

- 「今治圏域ルール」について P1～3
- 「今治圏域退院支援ルール」概要図 P4
- 介護保険が適用される特定疾病 P5
- 入院時情報提供シート P6～7
- 退院調整共有情報シート P8～9
- 在宅医療機関等連絡窓口一覧 P10～27
- 地域包括支援センター一覧 P28
- 居宅介護支援事業所一覧 P29～30
- 市町介護申請窓口一覧 P31
- 市町健康に関する相談窓口一覧 P32
- 参考資料 P33～34



「今治圏域退院支援ルール」

1 目的

要介護・要支援状態の患者が、住み慣れた地域で安心して生活や療養ができるよう、医療機関から在宅等へ移行の準備をする際に、病院等（有床診療所を含む）担当者と在宅担当者が連携して必要な患者情報を引き継ぐことにより、スムーズな在宅移行を支援する（自宅での生活や療養に困る患者や家族をなくす）ことを目的とする。

2 共通事項

(1) 対象地域

今治圏域（今治市、上島町）

(2) 対象患者

自宅等から入院し自宅等へ退院する要介護・要支援状態の患者

(3) 担当者

○病院等担当者：地域医療連携室（連携担当者）、病棟看護師 等

○在宅担当者：居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は地域包括支援センターの担当者

3 退院支援ルール

(1) 入院前に介護保険サービスを利用していた場合

①入院時の情報提供

在宅担当者は、患者の入院が決まり次第「入院時情報提供シート」（様式1）を作成し、病院等担当者に患者情報を提供する（提供先は、別紙「窓口一覧表」を参照）。

なお、在宅担当者から患者情報の提供がない場合は、病院等担当者は、患者の在宅担当者に入院を連絡し、患者情報の提供を依頼する。

〈在宅担当者の留意事項〉

介護保険証に在宅担当者の名刺を入れておく等、常に担当者が分かるようにしておく。

②退院調整の開始

病院等担当者は、退院支援に必要な期間（ケアプランの修正、サービス事業所との調整）を考慮して、在宅担当者と退院調整開始面談（概ね退院前1週間）の日程などの調整を行う。

③退院前カンファレンス

在宅担当者は、病院等担当者から患者情報を収集（面談、FAX等）の上「退院調整共有情報シート」（様式2）を作成（又は病院等担当者が作成した同シートを確認）するとともに両者が共有する。

また、多職種によるカンファレンスや共同指導の実施については、病院等担当者と在宅担当者が調整し病院等が決定する。

④退院時・退院後の情報提供

病院等担当者は、在宅担当者に退院時サマリー（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日・服薬内容等）を必要に応じて提供する。

また、在宅担当者は、退院後にケアプラン等の写しを求めに応じて病院等担当者に提供する。

(2) 入院後に新たに介護保険サービスが必要な場合

①介護保険申請の支援

[65歳以上の患者]

病院等担当者は、患者の状態が次に該当する場合（患者・家族がサービス利用を希望するケース又は何らかのサービスが必要と判断したケース）は、家族などが市町の介護申請の窓口（別添：今治圏域市町介護申請窓口一覧）へ相談に行くよう説明する。

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ・日常生活に支障がある認知症の周辺症状等
- ・独居又は家族介護力が低い状態（老老介護、介護者に精神疾患がある、本人の認知症を認めない等）で服薬管理や調理、掃除など身の回りのことに介助が必要
- ・がん末期で介護サービスを利用する必要がある方
- ・新たに医療処置（痰吸引、胃ろう等）が追加・変更された方

[40歳以上 65歳未満の患者]

病院等担当者は、患者が介護保険の対象となる特定の疾病で上記に該当する状態の場合は、家族などが市町の介護申請の窓口（別添：今治圏域市町介護申請窓口一覧）へ相談に行くよう説明する。

②入院中に要介護又は要支援に認定された場合の在宅担当者の決定支援

患者が入院中に要介護又は要支援に認定され、在宅担当者の選定について支援を必要とする（患者の希望する居宅介護支援事業所の受け入れ枠がない等）場合、病院等担当者は、居宅介護支援事業所の空き状況や地域包括支援センターの管轄区域等を市町の担当課に問い合わせるなど、在宅担当者決定のための支援を行う。

③在宅担当者決定後の情報共有等

在宅担当者は、担当決定後速やかに病院等担当者へ連絡する。病院等担当者及び在宅担当者は、入院期間の見込みや患者の状態等について連携して情報共有に努める。

④退院調整の開始

⑤退院前カンファレンス

⑥退院時・退院後の情報提供

} ※「(1) 入院前に介護保険サービスを利用していた場合」と同じ

(3) その他

①入院後、転院となる患者の入院時情報提供

転院となる患者については、病院等担当者と在宅担当者との相談により転院先の医療機関へ情報提供を行う。

ア 医療機関からケアマネジャーへ連絡し、医療機関（またはケアマネジャー）から転院先の医療機関へ、入院時情報提供シート等により情報提供を行う。

イ 家族等から連絡を受けたケアマネジャーが入院中の医療機関へ連絡し、ケアマネジャー（または医療機関）から転院先の医療機関へ、入院時情報提供シート等により情報提供を行う。

4 付属資料

- 退院支援ルール概要図
- 介護保険が適用される特定疾病（40歳～65歳未満の被保険者）
- 「入院時情報提供シート」（様式1）
- 「退院調整共有情報シート」（様式2）
- 今治圏域病院等の連絡窓口一覧
- 今治圏域地域包括支援センター一覧
- 今治圏域居宅介護支援事業所一覧
- 今治圏域市町介護申請窓口一覧

5 運用上の留意事項

- ① 患者の個人情報（様式1、様式2）を電子メール等で情報交換する場合は、各病院等及び事業所で情報セキュリティポリシー（「情報資産」を守るための情報セキュリティ対策を具体的にまとめた院内（所内）ルール）に基づき、情報流出防止対策を十分に行うこと。
- ② この「退院支援ルール」は、圏域内の医療と介護の担当者の意見をもとに、患者のスムーズな在宅移行のための基本的な情報共有ルールとしてまとめたものであり、現に運用がなされている病院等・事業所等の情報提供様式等の運用ルールを妨げるものではない。

《参考》

入院・退院時における主な診療報酬及び介護報酬

施行日

平成29年4月1日

改定日

平成30年3月27日

改定日

平成31年3月19日

改定日

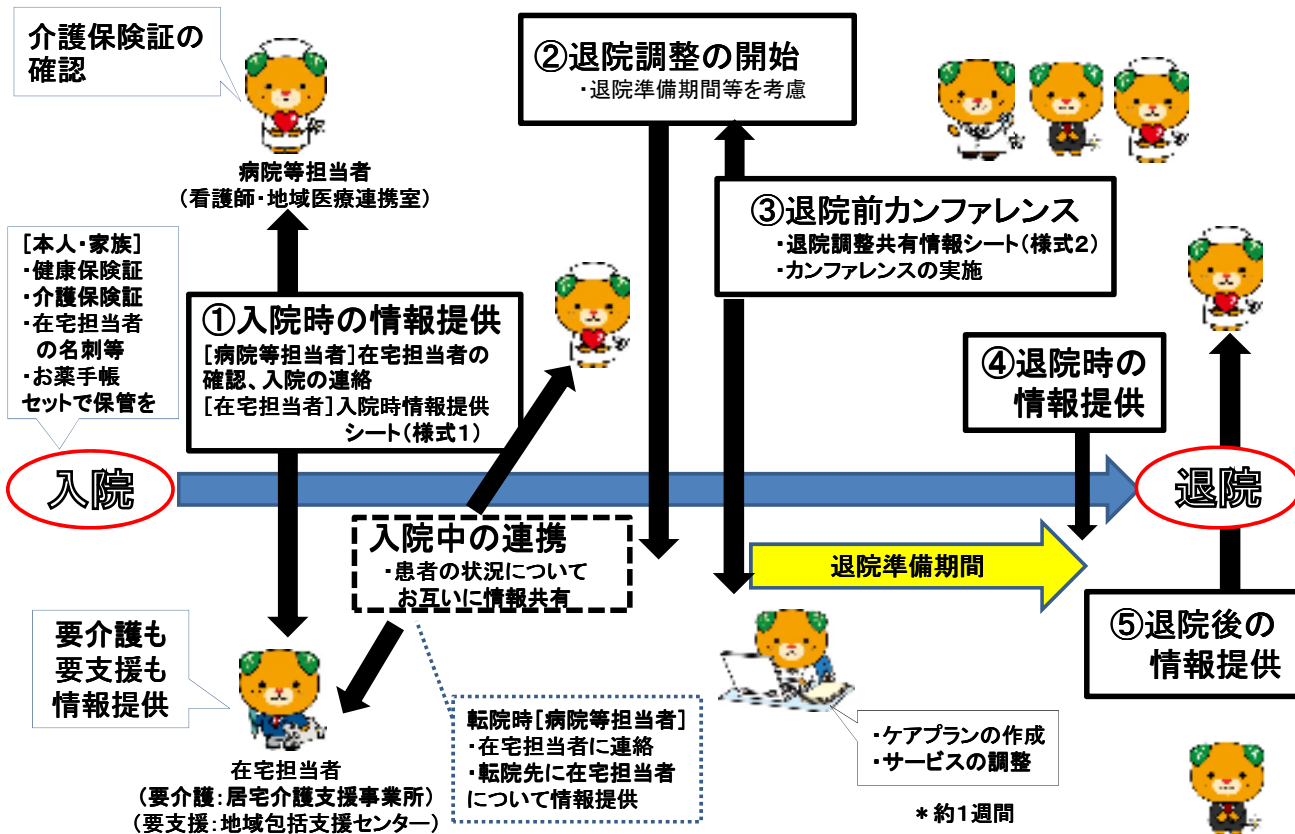
令和5年1月10日

改定日

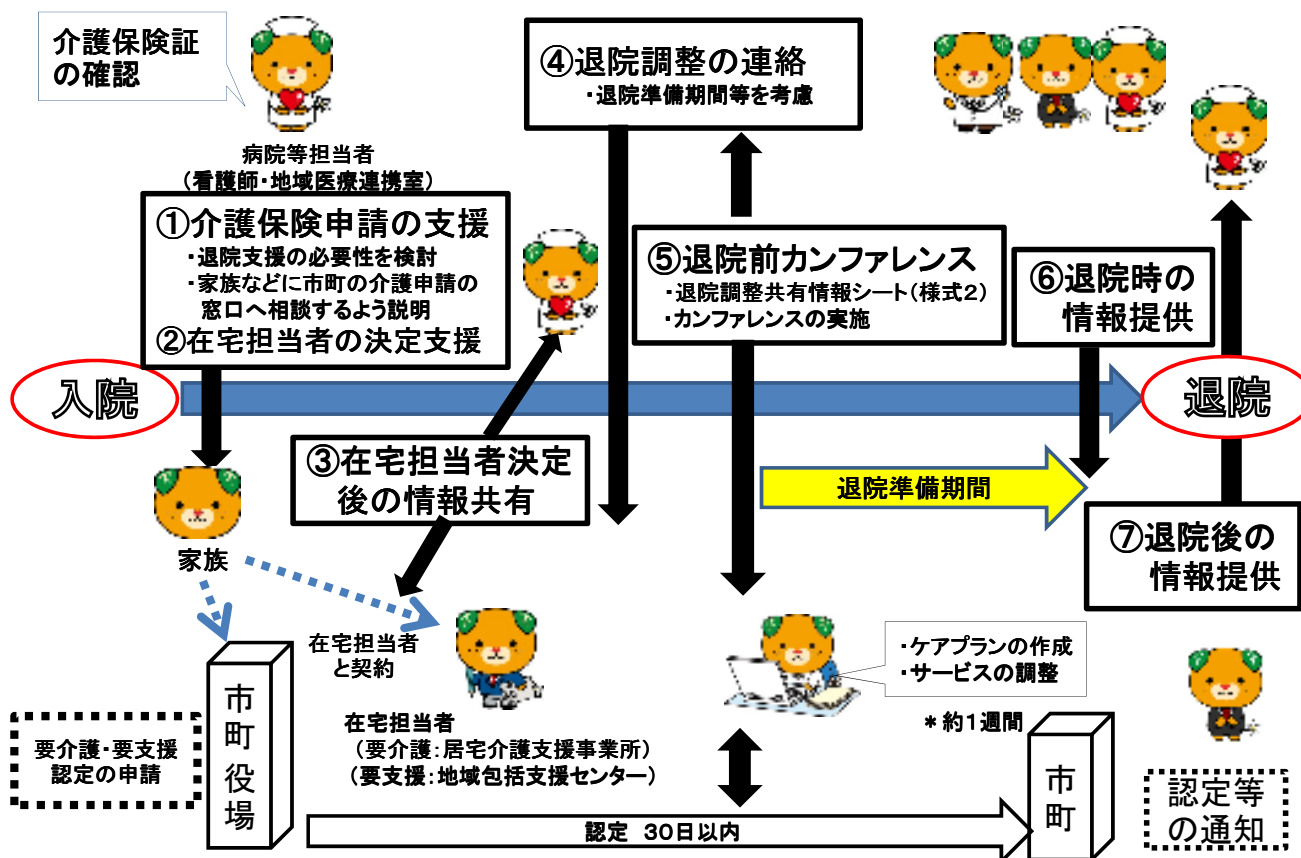
令和8年2月25日

「今治圏域退院支援ルール」概要図

(1) 入院前に介護保険サービスを利用していた場合



(2) 入院後に新たに介護保険サービスが必要な場合



介護保険が適用される特定疾病（40歳から65歳未満の被保険者）

介護保険法の総則には、「要介護状態にある40歳以上65歳未満の者であつて、その要介護状態の原因である身体上または精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であつて政令で定めるもの（以下「特定疾病」という）によって生じたものであるもの」は、介護保険の要介護者に当たるとされています。

[特定疾病の16疾病]

- 1 がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至つたと判断したものに限る。）
- 2 関節リウマチ
- 3 筋萎縮性側索硬化症
- 4 後縦靭帯骨化症
- 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 初老期における認知症（法第5条の2に規定する認知症：脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう。）
- 7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 8 脊髄小脳変性症
- 9 脊柱管狭窄症
- 10 早老症
- 11 多系統萎縮症
- 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 13 脳血管疾患
- 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患
- 16 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

取扱注意

提出方法

- メール
- FAX
- 手渡し

※このシートは、患者様の個人情報を含んでいるので、適切に管理してください。

年 月 日

記入・面談日時： 年 月 日 時 分

記入・面談場所： _____

確認欄

入院時情報提供シート

(様式1)

氏名				生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	
住所	〒 _____				TEL				
					FAX				
事業所名				担当ケアマネ					
電話番号				FAX番号					
緊急時連絡先	氏名	住所			続柄	電話番号			
家族構成図				住環境	□一戸建 □集合住宅(階建て 階) □エレベーター				
◎…本人	主…主介護者	☆…キーパーソン	在宅主治医		医療機関名：	医師名：	TEL		
○…女性	□…男性		通院歴・既往歴						
患者とのかかわり状況				障害者手帳	□身体(級) □知的障害 □精神障害 □難病：				
				要介護度	□事業対象者 □申請中 □区分変更中 □要支援1・2 □要介護1・2・3・4・5				
				介護認定期間	年 月 日～		年 月 日		
				サービス利用状況					
				□訪問介護(回/週) 事業所名：					
生活歴				□通所介護(回/週) 事業所名：					
				□訪問看護(回/週) 事業所名：					
				□訪問リハビリ(回/週) 事業所名：					
				□通所リハビリ(回/週) 事業所名：					
				□短期入所(回/週) 事業所名：					
成年後見人制度利用の有無 [_____]				□福祉用具貸与(内容： _____) 事業所名：					
				□その他(_____)					
				経済状況	保険・年金等(_____ 月額 万円)	□生活保護			
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	介護方法(要支援は必要事項のみ記入)				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ストレッチャー □車いす □杖 □歩行器 □装具・補助具 □シルバーカー				
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 □無 □有(_____)				
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□普通食 □治療食(□糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他) □アレルギー(_____)				
					主食：□米飯 □全粥 □ミキサー 水分：とろみ剤使用 □無 □有				
					副食：□通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付)				
					嚥下状況：□良 □不良 咀嚼状況：□良 □不良				
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□自宅(浴室) □訪問入浴 □通所系サービス				
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所：□トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ □リハビリパンツ(□常時・□夜間のみ)				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤内容・投与方法：				
認知症状	□無 □有(_____)								
療養上の問題	□無 □有(□幻想・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □徘徊								
	□危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □難聴(_____)								
	□視力障害(_____) □理解力(_____) □その他(_____)								
医療処置	□パルレンカテーテル □ストマ □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他(_____)								
性格・心身の状況									
病気に対する理解度・意識	本人：				家族：				
退院後の希望	□在宅 □施設 ⇒ 希望者：□本人 □家族								
介護者の生活状況									
連絡事項・その他									

(この情報を提供することについて、御本人又は御家族から同意をいただいています。)

取扱注意

※このシートは、患者様の個人情報を含んでいるので、適切に管理してください。

提出方法

- メール
- FAX
- 手渡し

年 月 日

記入・面談日時：〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇時〇〇分

記入・面談場所：〇〇病院〇〇号室

確認欄

入院時情報提供シート

(様式1)

氏名	〇〇〇〇	生年月日	明・ <input checked="" type="checkbox"/> ・昭 〇〇年〇〇月〇〇日	年齢	〇歳	性別	女
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 今治市〇〇町〇〇丁目〇〇			TEL	〇〇-〇〇〇〇		
				FAX	〇〇-〇〇〇〇		
事業所名	〇〇〇〇		担当ケアマネ	〇〇〇〇			
電話番号	〇〇-〇〇〇〇		FAX番号	〇〇-〇〇〇〇			
緊急時連絡先	氏名	住所		続柄	電話番号		
	〇〇〇〇様	今治市〇〇町〇〇丁目〇〇		〇	〇〇-〇〇〇〇		
	〇〇〇〇様	今治市〇〇町〇〇丁目〇〇		〇	〇〇-〇〇〇〇		
家族構成図		住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) <input type="checkbox"/> エレベーター				
◎…本人 主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 <input type="checkbox"/> …男性		在宅主治医	医療機関名：〇〇病院 医師名：〇〇〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇				
<p>患者とのかかわり状況 長男の嫁が通院や緊急時対応生活歴 夫は農業、本人は若い頃は縫製工場勤務 成年後見人制度利用の有無</p>		通院歴・既往歴	認知症(H23~)、右肩脱臼骨折(H23.3~)				
		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体(級) <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病:				
		要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5				
		介護認定期間	〇〇年〇〇月〇〇日~〇〇年〇〇月〇〇日				
		サービス利用状況					
		訪問介護(回/週) 事業所名:	<input type="checkbox"/>				
		通所介護(回/週) 事業所名:	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(回/週) 事業所名: デイサービスセンター〇〇				
		訪問看護(回/週) 事業所名:	<input type="checkbox"/>				
		訪問リハビリ(回/週) 事業所名:	<input type="checkbox"/>				
		通所リハビリ(回/週) 事業所名:	<input type="checkbox"/>				
		短期入所(回/週) 事業所名:	<input type="checkbox"/>				
		福祉用具貸与(内容:) 事業所名:	<input type="checkbox"/>				
		その他()	<input type="checkbox"/>				
		経済状況	保険・年金等(月額 〇万円) <input type="checkbox"/> 生活保護				
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	介護方法(要支援は必要事項のみ記入)		
移動方法	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具 <input checked="" type="checkbox"/> シルバーカー		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
食 事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> アレルギー()		
					主食: <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: 与え/与え不使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
					副食: <input checked="" type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付)		
更衣	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 通所系サービス		
排泄	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input checked="" type="checkbox"/> 常時・ <input type="checkbox"/> 夜間のみ)		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤内容・投与方法: 管理必要(アリセプト・リピドール)		
認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(短期記憶・徘徊・介護抵抗。徘徊は頻繁で一晩帰らないこともあるが、夫は無関心)						
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻想・ <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 難聴() <input type="checkbox"/> 視力障害() <input checked="" type="checkbox"/> 理解力(話を合わせて会話する) <input type="checkbox"/> その他()						
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他()						
性格・心身の状況	社交的だったというが、自分から話しかけることは少ない。						
病気に対する理解度・意識	本人: なし 家族: 夫: 低い 嫁: 良好						
退院後の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 ⇒ 希望者: <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族						
介護者の生活状況	夫が家事、介護全て行うも不十分。月~金デイ。夫は農業。理解力低目						
連絡事項・その他	家事一切できなくなっているが自覚なし。長男の妻がキーパーソンだが、日常的な介助は少ない。						

(この情報を提供することについて、御本人又は御家族から同意をいただいています。)

取 扱 注 意

- 提出方法
メール
FAX
手渡し

※このシートは、患者様の個人情報を含んでいるので、適切に管理してください。

年 月 日

1回目 記入面談日： 年 月 日

2回目 記入面談日： 年 月 日

担当ケアマネ ()

確認欄

退 院 調 整 共 有 情 報 シ ー ト

(様式2)

氏 名					生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	年齢	歳	性別	
住 所	〒						TEL				
							FAX				
入院の原因となった病名と主症状		手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()									
現病歴											
既往歴							入院日	年 月 日			
							退院予定日	年 月 日頃			
医療機関名	(TEL)		病院の連絡窓口 (所属)						記入者名 (面談者)		
病院主治医							在宅主治医				
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望											
介護保険	未申請・区分変更・新規申請中・非該当						認定日	平・令 年 月 日			
	事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5						有効期限				
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子について						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ストレッチャー □手引き □車いす □杖 □歩行器 □装具・補助具 □シルバーカー						
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□普通食 □治療食 (kcal □糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他) □経管栄養 主食：□米飯 □全粥 □ミキサー (摂取量 割) 副食：□通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー (□とろみ付) (摂取量 割) 水分摂取量：1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嚥下状況：□良 □不良 咀嚼状況：□良 □不良						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限：□無 □有 (□一般浴 □機械浴 □シャワー浴 □清拭浴 □その他 ())						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所：□トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ □リハビリパンツ (□常時・□夜間のみ)						
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤内容・投与方法：						
リハビリ等	リハビリ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度：) 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()										
医療処置	□バルーンカテーテル □ストマ □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他 ()										
療養上の問題	□無 □有 (□幻想・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □その他 ())										
	認知症高齢者の日常生活自立度 () 精神状態 (疾患) □無 □有 () □認知症の原因疾患等 ()										
退院に際して必要なサービス	居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容：)										
	訪問看護 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (□介護保険 □医療保険) □デイケア □短期療養介護 □訪問リハビリ □その他 ()										
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合、理解の状況は：□十分 □不十分 (問題点：)										
感染症	□HBV □HCV □MRSA：□保菌 □発症 (部位：□痰 □血液 □尿 □創部) □その他										
退院後予想される問題・課題等 (医療処置、経済状況、移動に係る独自の方法、転倒危険、住宅改修の必要性等)											
備考欄											

取扱注意

提出方法
 メール
 FAX
 手渡し

※このシートは、患者様の個人情報を含んでいるので、適切に管理してください。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

1回目 記入面談日：〇〇年〇〇月〇〇日

2回目 記入面談日：〇〇年〇〇月〇〇日

担当ケアマネ（ 〇〇〇〇 ）

確認欄

退院調整共有情報シート

(様式2)

氏名	〇〇〇〇		生年月日	明・ <input checked="" type="radio"/> ・昭 〇〇年〇〇月〇〇日	年齢	〇歳	性別	女
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 今治市〇〇町〇〇丁目〇〇			TEL	〇〇-〇〇〇〇			
				FAX	〇〇-〇〇〇〇			
入院の原因となった病名と主症状	手術 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
現病歴	糖尿病、高血圧							
既往歴	肺結核、左大腿骨頸部骨折、白内障			入院日	〇〇年〇〇月〇〇日			
				退院予定日	〇〇年〇〇月〇〇日頃			
医療機関名	(TEL 〇〇-〇〇〇〇)		病院の連絡窓口 (所属)	〇〇MSW		記入者名 (面談者)	看護師 〇〇〇〇	
	〇〇病院							
病院主治医	〇〇〇〇		在宅主治医	〇〇病院				
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望 糖尿病憎悪による高血圧にて入院。インスリンの注射手技確認・部位等の再確認した上で処方調整目的の入院。本人・家族共に病状の理解あり。血糖値測定もしており管理はできている。インスリンは見守りが必要なため朝1回にしてほしい。								
介護保険	未申請・区分変更・新規申請中・非該当			認定日	〇〇年〇〇月〇〇日			
	事業対象者 要支援1・2 要介護1・ <input checked="" type="checkbox"/> ・3・4・5			有効期限	〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日			
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子について			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ストレッチャー □手引き □車いす □杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 □装具・補助具 □シルバーカー			
移乗方法	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
食事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒食 (1,600 kcal) <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他) □経管栄養			
	主食： <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 □全粥 □ミキサー (摂取量 10 割)							
	副食： <input checked="" type="checkbox"/> 通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー (□とろみ付) (摂取量 割)							
	水分摂取量： 1日 ml とろみ剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
嚥下状況： <input checked="" type="checkbox"/> 良 □不良 咀嚼状況： □良 □不良								
更衣	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限： <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 (<input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 □機械浴 □シャワー浴 □清拭浴 □その他 ())			
排泄	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <input checked="" type="checkbox"/> トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ □リハビリパンツ (□常時・□夜間のみ)			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤内容・投与方法： 時間毎に提供すると服薬は自立。インスリン自己注射はNSの見守り必要			
リハビリ等	リハビリ <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (頻度：) 運動制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
医療処置	□バルーンカテーテル □ストマ □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他 ()							
療養上の問題	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 (□幻想・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □その他 ())							
	認知症高齢者の日常生活自立度 () 精神状態 (疾患) <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 () □認知症の原因疾患等 ()							
退院に際して必要なサービス	居宅療養管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 (内容：)							
	訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 (□介護保険 □医療保険) □デイケア <input checked="" type="checkbox"/> 短期療養介護 □訪問リハビリ							
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (リハビリデイサービス)							
家族への介護指導	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 有の場合、理解の状況は： □十分 □不十分 (問題点：)							
感染症	□HBV □HCV □MRSA： □保菌 □発症 (部位： □痰 □血液 □尿 □創部) □その他							
退院後予想される問題・課題等 (医療処置、経済状況、移動に係る独自の方法、転倒危険、住宅改修の必要性等)	現在、自身でインスリン投与などは行えているが、家族の見守りが必要である。 1日3回のインスリン投与から服薬に切り替えているため、服薬注意が必要である。							
備考欄	〈インスリン〉 A：トレシーバ4単位 (朝) B：アピトラ4単位 (朝食前) C：マイクロファインプラス 32G D：SM GB 身体機能、生活能力はお変わりなし。							